

***INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES***  
**CURSO DE PROMOÇÃO A OFICIAL SUPERIOR DA FORÇA AÉREA**

**2009/2010**



**TII**

**O TEXTO CORRESPONDE A TRABALHO FEITO DURANTE A FREQUÊNCIA DO CURSO NO IESM SENDO DA RESPONSABILIDADE DO SEU AUTOR, NÃO CONSTITUINDO ASSIM DOCTRINA OFICIAL DA FORÇA AÉREA PORTUGUESA.**

**PROTECÇÃO NA SAÚDE – SUBSISTEMAS E  
EQUIPARADOS**

**Pedro Dinis Capinha Maio  
CAP/ADMAER**



**INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES**

**PROTECÇÃO NA SAÚDE – SUBSISTEMAS E EQUIPARADOS**

**CAP/ADMAER Pedro Dinis Capinha Maio**

Trabalho de Investigação Individual do CPOS/FA

Lisboa 2010



**INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES**

**PROTECÇÃO NA SAÚDE – SUBSISTEMAS E EQUIPARADOS**

**CAP/ADMAER Pedro Dinis Capinha Maio**

Trabalho de Investigação Individual do CPOS/FA

Orientador: MAJ Victor Branco

Lisboa 2010



## **Agradecimentos**

Um agradecimento especial, a todos os que contribuíram para a realização deste trabalho, e aos entrevistados, em particular, pela disponibilidade demonstrada e pelo precioso contributo prestado, sem o qual este Trabalho de Investigação Individual não teria sido possível.

Ao meu orientador, Maj Branco, pelo acompanhamento, ensinamentos, orientação e motivação transmitidos ao longo dos meses em que o trabalho decorreu, sem os quais a sua realização seria muito mais difícil.



## Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Enquadramento legal e histórico dos subsistemas .....</b>	<b>4</b>
a. Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas.....	4
b. Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado .....	6
c. Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários .....	7
<b>2. Beneficiários – Aspectos Legais e Estatísticos.....</b>	<b>9</b>
a. Beneficiários ADM .....	9
b. Beneficiários ADSE .....	10
c. Beneficiários SAMS .....	11
d. Financiamento dos subsistemas – descontos obrigatórios dos beneficiários .....	12
<b>3. Relação dos Beneficiários com os Subsistemas .....</b>	<b>14</b>
a. Regime Livre .....	14
b. Assistência Medicamentosa.....	17
c. Regime Convencionado.....	19
d. Tempo Médio de Participação.....	20
<b>Conclusões .....</b>	<b>20</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>25</b>

## Índice de Gráficos

Gráfico 1.....	13
Gráfico 2.....	13
Gráfico 3.....	14
Gráfico 4.....	19

## Índice de Tabelas

Tabela 1.....	15
Tabela 2.....	16
Tabela 3.....	16

## Índice de Anexos

Anexo 1.....	29
Anexo 2.....	30



## **Resumo**

Em 2005 o Decreto – Lei nº 167, de 23 de Setembro que estabeleceu um novo regime jurídico da Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM), fundindo os três subsistemas específicos de cada um dos ramos (Assistência na Doença aos Militares da Armada – ADMA; Assistência na Doença aos Militares do Exército – ADME e Assistência na Doença aos Militares da Força Aérea – ADMFA).

Neste contexto, a investigação realizada pretende demonstrar eventuais diferenças na assistência na doença entre a ADM e outros subsistemas de saúde públicos/privados (ADSE - Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado e SAMS - Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários).

A saúde, em geral, e assistência na doença, em particular, são assuntos da maior sensibilidade e relevância para os seus beneficiários. Neste contexto de alterações a essa prestação importa saber como se situa a “nova” assistência na doença aos militares, em particular, aos da FAP, face aos outros subsistemas de saúde analisados.

A investigação comparativa dos três subsistemas fez-se segundo a óptica do beneficiário, ou seja, de quem usufrui do subsistema e de que forma se processa essa relação. Analisamos os três aspectos mais relevantes da ligação do beneficiário ao subsistema, através do Regime Livre, Regime Convencionado e Assistência Medicamentosa.

Este trabalho foi desenvolvido tendo como referência o método de investigação em Ciências Sociais proposto por Raymond Quivy e Luc Van Campenhoudt, em aplicação neste Instituto



## **Abstract**

In 2005, Decree-Law No. 167 of September 23, which established a new legal regime of ADM, merges the three specific subsystems of each of the branches (ADMA; ADME and ADMFA).

In this context, the investigation aims to demonstrate any differences in health insurance between ADM and other public / private health subsystems (ADSE and SAMS) .

Health in general and health insurance, in particular, are matters of greater sensitivity and relevance to their beneficiaries. In this context of changes to this provision is important to know how it has "new" health insurance to the military, in particular to the FAP, compared to other health subsystems analyzed.

The comparative research of the three subsystems was done according to the perspective of the beneficiary, or who enjoys the subsystem and how it handles this relationship. We analyzed the three most significant aspects of the beneficial connection to the subsystem through Freehold, conventional schemes and Drug Assistance.

This work was developed with reference to the research method in social sciences proposed by Raymond and Luc Van Quivy Campenhoudt, pursuant on this Institute.



### **Palavras-chave**

Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas, Assistência Medicamentosa, Assistência na Doença aos Servidores do Estado, Beneficiário, Benefício, Direitos, Regime Livre, Serviços de Assistência Médico-Social, Regime Convencionado





### **Lista de abreviaturas**

ADM – Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas

ADSE - Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado

CEMGFA - Chefe do Estado-Maior General das Forças Armadas

COPADMFA - Comissão Permanente da Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas

FA – Força Aérea

FFAA – Forças Armadas

IASFA – Instituto de Acção Social das Forças Armadas

MDN – Ministério da Defesa Nacional

QP – Quadro Permanente

SAMS – Serviço de Assistência Médico-Social

SNS – Serviço Nacional de Saúde



## **Introdução**

Até 1974 apenas cerca de 40% da população portuguesa estava coberta por esquemas de protecção na doença, sendo os encargos com a saúde assumidos, parcial ou totalmente, pela Previdência Social. Os restantes cidadãos (60%) suportavam os encargos com os seus cuidados de saúde.

Contudo, a profunda alteração política determinada pela Revolução de 25 de Abril de 1974 teve imediatos e profundos reflexos também no sector da saúde. A Constituição da República Portuguesa de 1976, consubstanciando as reivindicações dos movimentos sociais, criou um Serviço Nacional de Saúde inspirado no modelo inglês, garantindo o direito à protecção da saúde a todos os cidadãos e baseando-se na universalidade e na gratuidade do acesso aos cuidados de saúde.

Assistiu-se então a um crescimento exponencial da procura de cuidados, fundamentalmente como consequência do alargamento da cobertura da população portuguesa na doença, quer através do acesso directo e gratuito aos serviços públicos de saúde, quer através da assumpção dos encargos com a saúde por terceiros pagadores ou subsistemas – funcionários públicos, militares, bancários, etc.

Consideram-se subsistemas, todas as coberturas de cuidados de saúde autónomas que dispunham de uma organização global que incluía a sustentabilidade financeira do subsistema e a prestação de cuidados através de estruturas próprias ou contratadas, públicas ou privadas. Estão nestas circunstâncias a ADM, a ADSE e os SAMS.

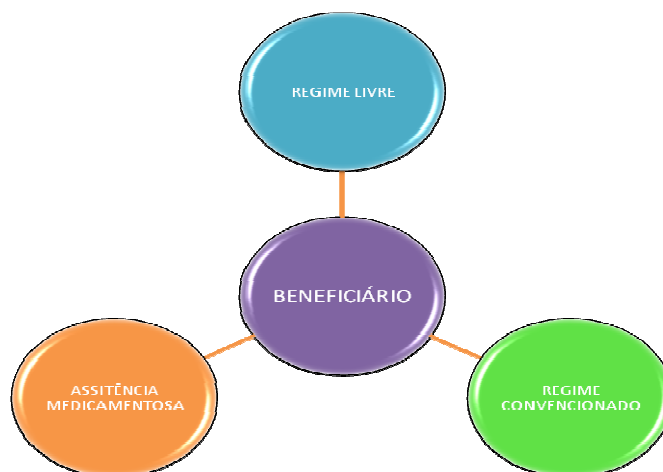
Em 2005 o Decreto – Lei nº 167, de 23 de Setembro que estabeleceu um novo regime jurídico da Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM), fundindo os três subsistemas específicos de cada um dos ramos (Assistência na Doença aos Militares da Armada – ADMA; Assistência na Doença aos Militares do Exército – ADME e Assistência na Doença aos Militares da Força Aérea – ADMFA).

Neste contexto, a investigação realizada pretende demonstrar eventuais diferenças na assistência na doença entre a ADM e outros subsistemas de saúde públicos/privados (ADSE - Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado e SAMS - Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários).

A saúde, em geral, e assistência na doença, em particular, são assuntos da maior sensibilidade e relevância para os seus beneficiários. Neste contexto de alterações a essa prestação importa saber como se situa a “nova” assistência na doença aos militares, em particular, aos da FAP, face aos outros subsistemas de saúde analisados. A qualidade de assistência não foi analisada por limitação de informação disponível, de meios e de tempo.

A assistência prestada no estrangeiro e a assistência hospitalar, também não foram objecto de análise, pelos mesmos motivos.

A investigação comparativa dos três subsistemas fez-se segundo a óptica do beneficiário, ou seja, de quem usufrui do subsistema e de que forma se processa essa relação. Analisamos os três aspectos mais relevantes da ligação do beneficiário ao subsistema, através do Regime Livre, Regime Convencionado e Assistência Medicamentosa, como mostra o seguinte esquema gráfico:



Este trabalho foi desenvolvido tendo como referência o método de investigação em Ciências Sociais proposto por Raymond Quivy e Luc Van Campenhoudt, em aplicação neste Instituto. No âmbito desse método, foi definida uma pergunta de partida, que norteia toda a investigação:

*- A ADM é o subsistema de saúde, comparativamente à ADSE e ao SAMS, que concede melhores benefícios aos seus beneficiários?*

A esta pergunta estão associadas outras perguntas derivadas, para as quais se deverá também obter resposta:

- A ADM é o subsistema que concede comparticipações de valor superior?*
- A ADM disponibiliza acordos em número superior?*
- O tempo de processamento das comparticipações é mais vantajoso no caso da ADM?*

A investigação baseou-se na consulta de legislação, documentação e em entrevistas realizadas a várias entidades que, pelas suas funções ou conhecimentos sobre o assunto, se consideraram pertinentes.

Para se encontrarem as respostas pretendidas e com base nos indicadores definidos, serão discutidas as seguintes hipóteses:



- Hipótese 1: A ADM concede comparticipação superior aos beneficiários no Regime Livre.
- Hipótese 2: A ADM concede comparticipação superior aos beneficiários na Assistência Medicamentosa.
- Hipótese 3: A ADM disponibiliza um maior número de acordos aos beneficiários no Regime Convencionado.
- Hipótese 4: A ADM possui o menor tempo médio de comparticipação no Regime Livre.

No decurso do trabalho são utilizados os seguintes conceitos fundamentais à compreensão do trabalho:

Beneficiário – titular, familiares ou equiparados que usufruem do subsistema de assistência na doença.

Comparticipação - participação na despesa do beneficiário decorrentes de eventuais encargos com cuidados de saúde, nas percentagens e nos montantes estabelecidos por lei e constantes das tabelas em vigor.

Regime Livre Escolha - comparticipação, directa ao beneficiário, mediante a apresentação dos documentos originais devidamente discriminados e identificados.

Regime Convencionado - É o sistema de acesso a cuidados de saúde em que o beneficiário recorre a médicos e entidades (não integradas no SNS) com os quais o subsistema de assistência na doença tem acordos.

Assistência Medicamentosa - comparticipação do subsistema de assistência na doença em encargos com a aquisição de produtos medicamentosos.

Estruturalmente o trabalho organiza-se do seguinte modo:

O primeiro capítulo apresenta a evolução histórica dos subsistemas e o seu enquadramento legal.

No segundo capítulo apresentam-se os aspectos legais e universos estatísticos em que se inserem os beneficiários dos subsistemas.

Com base na informação recolhida, no terceiro capítulo, testam-se as hipóteses, responde-se às perguntas derivadas, e apresentam-se a resposta à pergunta de partida.

Finalmente, no quarto capítulo, apresentam-se as conclusões e tecem-se algumas recomendações.



## **1. Enquadramento legal e histórico dos subsistemas**

Este capítulo procura sintetizar o processo evolutivo dos subsistemas de assistência na doença, desde o enquadramento legal que lhes deu origem, passando pelo processo evolutivo até à situação em que se encontram actualmente.

### **a. Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas**

O Decreto-Lei n.º 176/71, de 30 de Abril, que promulgou o Estatuto do Oficial do Exército, veio consagrar o direito a benefícios no sector da assistência sanitária aos oficiais do Exército, sendo o início da assistência na doença aos militares, ainda que apenas limitada aos Oficiais.

Em 1973 estende-se essa assistência a todos os militares dos quadros permanentes, como se constata no Artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 585/73 de 6 de Novembro: “É extensivo aos militares dos quadros permanentes dos três ramos das forças armadas, nas situações de activo, reserva e de reforma, o direito aos benefícios concedidos por conta do Estado em matéria de assistência sanitária”.

No ano seguinte é publicada a Portaria n.º 67/75 de 4 de Fevereiro que regulamenta a assistência na doença aos militares das forças armadas e define as modalidades da assistência sanitária a prestar e os direitos e deveres dos beneficiários.

Tendo por base o N.º 24 da Portaria n.º 67/75, de 4 de Fevereiro e com vista à uniformização de regalias nos três ramos das FFAA, é criada a Comissão Permanente da Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas, constituída por um representante do Chefe do Estado-Maior General das Forças Armadas e de cada um dos departamentos militares. A constituição desta comissão foi objecto de posteriores alterações.

Após alguns anos em que não houve alterações substanciais na prestação da assistência médica aos militares surge, em 2003, o Decreto-Lei n.º 234/2003 de 27 de Setembro que pretendeu criar condições para que, gradualmente, idênticas preocupações de controlo e rigor fossem estendidas aos subsistemas de saúde geridos por serviços e organismos do Estado no que dizia respeito à comparticipação no preço dos medicamentos dos seus beneficiários.

Seguidamente com a Portaria n.º 182/2005 de 15 de Fevereiro actualiza-se a Portaria n.º 67/75, de 4 de Fevereiro, para adequar o conceito de beneficiário da assistência à evolução do regime jurídico estabelecido pelo Estatuto dos Militares das Forças Armadas (EMFAR), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 236/99, de 25 de Junho.

A ADM foi criada com o Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de Setembro que unificou a assistência na doença aos militares das Forças Armadas, até então efectuada por três



subsistemas de saúde específicos de cada um dos ramos (Assistência na Doença aos Militares do Exército, Assistência na Doença aos Militares da Armada e Assistência na Doença aos Militares da Força Aérea), num único subsistema sujeito a um regime paralelo ao da ADSE. Objectivava também que essa alteração contribuía de forma decisiva para o objectivo de uniformização dos vários sistemas de saúde públicos, ao mesmo tempo que permitia uma melhor racionalização dos meios humanos e materiais disponíveis.

Esse diploma regulamenta juridicamente o novo subsistema de assistência na doença, ao nível do acesso, definindo as categorias dos seus beneficiários (beneficiários titulares e beneficiários familiares e equiparados), bem como a aquisição, suspensão e perda da qualidade de beneficiário e os seus direitos e deveres. Define também o objecto e modalidades de assistência na doença e entidades prestadoras dos cuidados de saúde bem como o seu financiamento através de descontos obrigatórios. É aqui que fica igualmente estabelecido que a gestão da ADM compete ao Instituto de Acção Social das Forças Armadas.

Em 2006 altera-se a contribuição dos beneficiários dos subsistemas de saúde da Administração Pública através da Lei n.º 53-D de 29 de Dezembro, ficando a remuneração base dos beneficiários titulares sujeita ao desconto de 1,5%, nos termos do art.º 46º desse diploma. Em 2007 surge a Portaria Nº 284/2007, de 12 de Março que regulamenta o Decreto-Lei nº 167/2005, de 23 de Setembro, ao nível do seu funcionamento, em domínios como: formalidades da inscrição e alterações da situação dos beneficiários e documentação comprovativa.

Em 2007 surgem 4 diplomas. Em primeiro lugar a Portaria Nº 1393/2007, de 25 de Outubro que regula os termos dos beneficiários extraordinários da ADM, consagrando a possibilidade de os beneficiários titulares de ADSE, que sejam cônjuges ou vivam em união de facto com beneficiários titulares de qualquer subsistema de saúde destinado a funcionários, agentes e outros servidores do Estado, optarem pela inscrição como beneficiários extraordinários nesse subsistema. Seguidamente é criada a Portaria Nº 1394/2007, de 25 de Outubro que regula a assistência em caso de acidentes de serviço e doenças profissionais dos militares das Forças Armadas. Depois aparece a Portaria Nº 1395/2007, de 25 de Outubro que regula a assistência na doença aos beneficiários titulares da ADM colocados no estrangeiro bem como aos beneficiários familiares que com eles se encontram. Por fim foi criada a Portaria Nº 1396/2007, de 25 de Outubro regulando o regime de acordos com pessoas singulares ou colectivas, públicas ou privadas, que tenham



por objecto a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários da ADM, estabelecendo o regime e as condições de celebração, assim como as cláusulas tipo dos acordos a celebrar.

#### **b. Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado**

A Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado, foi criada em 1963, identificada pela sigla “ADSE”<sup>1</sup>, que no início, teve como objectivo “colmatar a situação desfavorável em que se encontravam os funcionários públicos em relação aos trabalhadores das empresas privadas”.

O Decreto n.º 45688, de 27 de Abril de 1964, regulamentou o diploma que criara a ADSE e regulou os direitos e deveres dos beneficiários, o modo de prestação da assistência, a inscrição dos médicos convencionados e definiu a estrutura e competências da administração. No início, a protecção na doença abrangia apenas os funcionários e agentes no activo dos Serviços da Administração Central, tendo gradualmente sido admitidos como beneficiários, os trabalhadores da Administração Local, os dependentes e os aposentados. O alargamento do âmbito de aplicação pessoal verificou-se até ao ano de 1972, abrangendo sucessivamente: trabalhadores dos organismos autónomos, pessoal dos corpos administrativos (Autarquias Locais), aposentados, cônjuges e filhos.

No ano de 1979 foi criado o Serviço Nacional de Saúde, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, resultante das políticas sociais emergentes, do aperfeiçoamento que se foi instituindo, do sucessivo processo evolutivo com origens em 1971 e aprofundado até 1974, data a partir da qual a política da saúde regista radicais e progressivas modificações, até à efectiva consagração, do direito à saúde, a todos, reconhecido pela Constituição da República Portuguesa. Entretanto, o Estado, enquanto entidade patronal, manteve um regime de benefícios para os funcionários públicos, segregando esta actividade da que lhe competia no domínio da organização do Sistema Nacional de Saúde<sup>2</sup>.

No ano seguinte opera-se a transformação da Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado na actual Direcção-Geral, à qual foi conferido o estatuto de organismo central de protecção social na Administração Pública, dando-lhe o estatuto de coordenador de todos os benefícios oferecidos à data, na área dos cuidados de saúde e encargos de família, embora mantendo a sigla “ADSE”<sup>3</sup>. Segundo esta óptica, a ADSE tinha por missão “assegurar a protecção aos seus beneficiários nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, cura e reabilitação e proceder à verificação do direito aos encargos de família e seu registo, bem como intervir a favor do beneficiário no caso de eventos de

---

<sup>1</sup> Decreto-Lei n.º 45002, de 27 de Abril de 1963



carácter geral e típico, que tenham como consequência uma alteração desfavorável do equilíbrio entre as suas necessidades e os meios de que dispõe para as satisfazer”.

Em 1983 reajustou-se a estrutura orgânica, bem como as competências<sup>4</sup> e definiu-se o funcionamento e regime de benefícios da ADSE.

A lei de bases da saúde, veio consagrar a responsabilidade dos subsistemas pelo pagamento dos encargos decorrentes dos cuidados prestados aos respectivos beneficiários pelos serviços e estabelecimentos integrados no SNS.

Em 1993 o estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, reafirma aquela responsabilidade dos subsistemas.

Seguidamente em 1999 procedeu-se à reestruturação orgânica da ADSE, com competências e atribuições adequadas à dimensão entretanto adquirida como maior subsistema de saúde (cerca de 1 milhão e trezentos mil beneficiários). O Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de Dezembro, introduziu significativas alterações, nomeadamente: a concessão aos beneficiários titulares da ADSE o direito de opção pela inscrição em outro subsistema de que seja beneficiário titular o respectivo cônjuge ou a pessoa com quem viva em união de facto; equiparou a ADSE a entidade administradora das receitas provenientes do desconto obrigatório.

Em 2006, a Portaria n.º 701/2006, de 13 de Julho, regulamentou a inscrição na ADSE como beneficiários familiares das pessoas que vivam em união de facto com o beneficiário titular. A Lei n.º 64-A/2008, de 31 de Dezembro (Orçamento do Estado para 2009) previu o alargamento do âmbito de aplicação do esquema de benefícios da ADSE à generalidade dos trabalhadores que exerçam funções públicas, independentemente da modalidade de constituição da sua relação jurídica de emprego público. Prevê, ainda, a inscrição e manutenção de inscrição de descendentes maiores estudantes como beneficiários familiares, de modo a ajustar-se à nova organização do ensino superior.

### **c. Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários**

Os SAMS iniciaram o seu funcionamento em 1 de Janeiro de 1976. No entanto, a intervenção do Sindicato dos Bancários Sul e Ilhas na área da saúde já remontava há várias décadas. Durante vários anos, o problema da saúde constituía uma questão individual e a intervenção do Estado e de organizações privadas de vocação caritativa destinava-se aos mais carenciados, aos “pobres”. No entanto o associativismo operário do século XIX daria

---

<sup>2</sup> Lei n.º 56/79, de 5 de Setembro

<sup>3</sup> Decreto-lei n.º 476/80, de 15 Outubro

<sup>4</sup> Decreto-Lei n.º 115/83, de 24 de Fevereiro





lugar a Associações de Socorros Mútuos, e, relativamente a algumas profissões e/ou empresas, foram sendo criadas Caixas de Reforma, cujo reconhecimento legal remonta a 1886. Entretanto, a Previdência Social possibilitou os mecanismos para que o Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas avançasse para a criação de um serviço de assistência médica, em vigor a partir de 15 de Outubro de 1935 e implementado no ano imediato.

O serviço então criado, destinado a sócios do Sindicato e respectivos familiares, iniciou-se com a prestação directa de serviços de consulta, pequena cirurgia, tratamentos e injeções, em posto clínico e ao domicílio, e com a oferta de “facilidades” para o acesso a operações e outros serviços clínicos. Em 28 de Maio de 1939, iniciou-se o processo de “convenção” com médicos de diversas especialidades e o alargamento do sistema. Neste período, o serviço de assistência médica desenvolveu-se significativamente, caracterizando-se pelo crescimento dos serviços clínicos disponibilizados, do alargamento do denominado “quadro clínico externo”, pelo aumento de domínios, percentagem e valor de participações ou reembolsos concedidos aos sócios por despesas de saúde efectuadas externamente.

Por outro lado, detectaram-se crescentes preocupações quer com o volume de despesas suportadas pelo Sindicato para a assistência médica dos seus associados (com relevo para os anos de 1961 e 1967) quer com a perspectiva de integração dos bancários no esquema geral de previdência (em particular, nos anos de 1967 e 1970 e na sequência do 25 de Abril de 1974, face ao programa do M.F.A. sobre o Serviço Nacional de Saúde e a Segurança Social). Entretanto, alguns Bancos atribuíam participações, diferentes de Instituição para Instituição, como forma de ajuda às despesas com a protecção da saúde.

É com o documento de “Nivelamento das Condições Laborais para o Sector Bancário” de 1975, resultante do acordo subscrito pelos Sindicatos dos Bancários do Sul e Ilhas, do Centro e do Norte com os Ministérios das Finanças e do Trabalho, que são criados os SAMS de cada um dos três sindicatos. Dessa forma, a partir de 1 de Janeiro de 1976: “as Instituições de Crédito deixarão de gerir as estruturas médicas próprias e de suportar os respectivos encargos, cabendo tais funções ao Sindicato respectivo”.

É assim, com a abertura dos SAMS do SBSI, em 1 de Janeiro 1976, que se dá a expansão e diversificação da sua actividade, associadas à necessidade de complementar a gama de serviços até aí circunscritos a consultas médicas, tratamentos de estomatologia e enfermagem. Em 1999 é celebrado, finalmente, um protocolo com o IGIF – Ministério da Saúde, reconhecendo os direitos dos beneficiários e atribuindo uma compensação aos SAMS por estes suportarem despesas que cabem ao Estado.



Actualmente encontra-se em vigor o Regulamento da Prestação de Serviços de Saúde a Beneficiários aprovado em 19 de Novembro de 2003 nos Conselhos Gerais dos Sindicatos dos Bancários do Centro, do Norte e do Sul e Ilhas, que tem como objectivos definir os termos e condições da prestação de serviços de saúde pelos SAMS aos seus beneficiários, na doença e na maternidade, em cumprimento das obrigações emergentes, bem como do Regulamento de Gestão dos SAMS.

## **2. Beneficiários – Aspectos Legais e Estatísticos**

O presente capítulo desenvolve o conceito de beneficiário dos subsistemas, fazendo o seu enquadramento legal no sentido de mostrar quem está sujeito à assistência na doença proporcionada pelos subsistemas. Apresentamos, ainda, alguns aspectos de natureza estatística que ajudam a compreender melhor os universos dos beneficiários em que se movem os três subsistemas analisados. Salienta-se que os dados disponíveis se reportam ao ano de 2008, na impossibilidade de se obterem dados mais recentes, tendo em conta o tempo disponível para a investigação.

### **a. Beneficiários ADM**

Tendo em conta o disposto no Artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 167/2005 de 23 de Setembro devem inscrever-se como beneficiários titulares da ADM os militares dos quadros permanentes nas situações de activo, de reserva e de reforma, bem como os militares em regime de contrato ou de voluntariado, o pessoal militarizado da Marinha e do Exército nos termos estabelecidos para os militares dos quadros permanentes e ainda os alunos dos estabelecimentos de ensino militares que frequentem cursos de formação para ingresso nos quadros permanentes. São ainda considerados como beneficiários titulares da ADM: os deficientes das Forças Armadas, os beneficiários de pensão de invalidez e os antigos militares não pertencentes aos quadros permanentes que tenham ficado diminuídos por motivo de acidente ocorrido em serviço ou doença adquirida ou agravada em serviço, ou por motivo do mesmo e os beneficiários da pensão de preço de sangue.

Como beneficiários familiares ou equiparados e, segundo o Artigo 5.º do mesmo Decreto-Lei podem inscrever-se como beneficiários familiares ou equiparados o cônjuge, os descendentes ou equiparados e os ascendentes ou equiparados a cargo do beneficiário titular, nos termos estabelecidos no regime da ADSE. Pode igualmente inscrever-se como beneficiário familiar a pessoa que vive com o beneficiário titular em união de facto, ou que com ele vivia, à data da sua morte, nas mesmas condições, enquanto não contrair casamento ou constituir nova união de facto.



Podem ainda ser inscritos beneficiários considerados extraordinários, sendo estes os beneficiários titulares da ADSE que sejam cônjuges ou vivam em união de facto com o beneficiário titular da ADM e que, ao abrigo do direito de opção previsto no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de Dezembro, requeiram a sua inscrição na ADM, de acordo com o disposto na Portaria n.º 1393/2007 de 25 de Outubro.

Excluem-se da inscrição na ADM como beneficiário familiar ou equiparado ou como beneficiário extraordinário quem seja beneficiário titular de outro regime de protecção social, incluindo o regime de segurança social de inscrição obrigatória, em resultado do exercício de actividade remunerada ou tributável, enquanto se mantiverem aquelas situações.

#### **b. Beneficiários ADSE**

Os requisitos para a inscrição dos beneficiários encontram-se estipulados no Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de Fevereiro, com a redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de Dezembro e na Portaria n.º 701/2006, de 13 de Julho. O âmbito pessoal adquire nova caracterização quando o Decreto-Lei n.º 327/85, de 8 de Agosto, viabiliza a inscrição dos docentes do ensino superior, privado e cooperativo, desde que inscritos na Caixa Geral de Aposentações, e após celebração de acordo com a ADSE. Posteriormente, pelo art.º 8.º do Decreto-Lei n.º 321/88, de 22 de Setembro, é concedido o mesmo direito aos docentes do ensino não superior. Os Beneficiários titulares da ADSE são os funcionários e agentes da Administração Central (excepto os elementos das Forças Armadas e das Forças de Segurança, bem como alguns grupos profissionais do Ministério da Justiça, que usufruem de subsistemas próprios), das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira e da Administração Local, no activo ou na situação de aposentados.

No entanto, quando estiver concluída a reforma ao regime de trabalho em funções públicas e respectivo regime de protecção social, prevê-se que venham a ser abrangidos pela ADSE a generalidade dos trabalhadores que exerçam funções públicas, independentemente da natureza da relação jurídica de emprego, conforme preconizado pela proposta de Orçamento do Estado para 2009. Os Beneficiários familiares são os cônjuges, ou a pessoa que viva com o beneficiário titular em união de facto, os descendentes ou equiparados e os ascendentes ou equiparados a cargo do beneficiário titular.

A partir de 31 de Dezembro de 2005, concedeu-se aos funcionários e agentes, beneficiários titulares da ADSE, quando cônjuges ou quando vivam em união de facto com beneficiários titulares de outro subsistema, o direito de inscrição nesse subsistema de saúde



como beneficiários extraordinários.<sup>5</sup> O exercício deste direito de opção, para os beneficiários da ADSE que pretendam passar a beneficiar da Assistência na Doença aos Militares (ADM), está regulado pela Portaria n.º 1393/2007, de 25 de Outubro.

### **c. Beneficiários SAMS**

Ao abrigo do art. 2º, Secção I, Capítulo II, do Regulamento da Prestação de Serviços de Saúde a Beneficiários de 19 de Novembro de 2003, são considerados beneficiários titulares dos SAMS os trabalhadores no activo e na situação de reforma nos termos do Instrumento de Regulamentação Colectiva de Trabalho que lhes é aplicado. Bem como, os membros dos órgãos de gestão das Instituições subscritoras dos referidos Instrumentos de Regulamentação Colectiva de Trabalho. São ainda considerados beneficiários titulares os trabalhadores dos Sindicatos dos Bancários, no activo ou na situação de reforma, quando previstos nos respectivos contratos individuais de trabalho ou no Instrumento de Regulamentação Colectiva de Trabalho que lhes é aplicado;

Como beneficiários familiares dos SAMS são considerados os elementos do agregado familiar dos beneficiários titulares, atrás referidos, os cônjuges, os (as) companheiros (as) que coabitem com os beneficiários titulares e desde que, em relação a cada um deles, não subsista qualquer vínculo matrimonial e os descendentes, enteados e adoptados que confirmem direito a abono de família quer através do beneficiário titular, quer através do respectivo cônjuge ou do companheiro(a). São ainda reconhecidos como beneficiários familiares, desde que não tenham rendimentos próprios e até perfazerem a idade limite para recebimento do abono de família atribuído pela Segurança Social: os descendentes, enteados e adoptados que vivam em comunhão de mesa e habitação com o beneficiário titular, ou com quem o substitua no exercício do poder paternal e os tutelados, que tenham sido confiados por sentença judicial ao beneficiário titular, ao respectivo cônjuge ou companheiro(a). Nesta categoria incluem-se por fim os descendentes, enteados e adoptados com incapacidade total e permanente para o trabalho, desde que reconhecida pelas entidades oficiais competentes, os menores enquanto confiados por instituição de assistência, no decurso do processo de adopção e os elementos do agregado familiar de pensionistas que, à data do falecimento do titular originário eram beneficiários familiares.

Os beneficiários familiares acima referidos e que sejam simultaneamente beneficiários titulares de outro subsistema de saúde, terão apenas direito à atribuição de benefícios em regime de complementaridade. Assim os SAMS comparticiparão a diferença entre a

---

<sup>5</sup> Decreto-Lei 234/2005.



despesa realizada e o valor recebido do sistema complementar de que sejam simultaneamente beneficiários, tendo como limite as comparticipações dos SAMS.

#### **d. Financiamento dos subsistemas – descontos obrigatórios dos beneficiários**

O regime de benefícios entre os beneficiários e os respectivos subsistemas fundamenta-se numa base contributiva, envolvendo a co-responsabilidade do beneficiário, através da retenção de uma percentagem nas suas remunerações. Sendo que esse desconto na ADSE e na ADM e, de acordo com Artigo 46.º e 47.º da Lei n.º 53-D/2006 de 29 de Dezembro, é o que a seguir se apresenta:

- 1,5% sobre as remunerações dos beneficiários titulares no activo;
- 1,1% sobre as pensões de aposentação e de reforma dos beneficiários titulares, quando o seu montante for igual ou superior ao valor correspondente a uma vez e meia a retribuição mínima mensal garantida, sendo objecto de actualização anual até 1,5%. Quando da aplicação daquela percentagem resulta uma pensão de valor inferior a uma vez e meia a retribuição mínima mensal garantida, esta fica isenta de desconto.

No caso dos SAMS o respectivo desconto está consagrado no Artigo 7.º do Regulamento da Prestação de Serviços de Saúde a Beneficiários de 19 de Novembro de 2003 e é o seguinte:

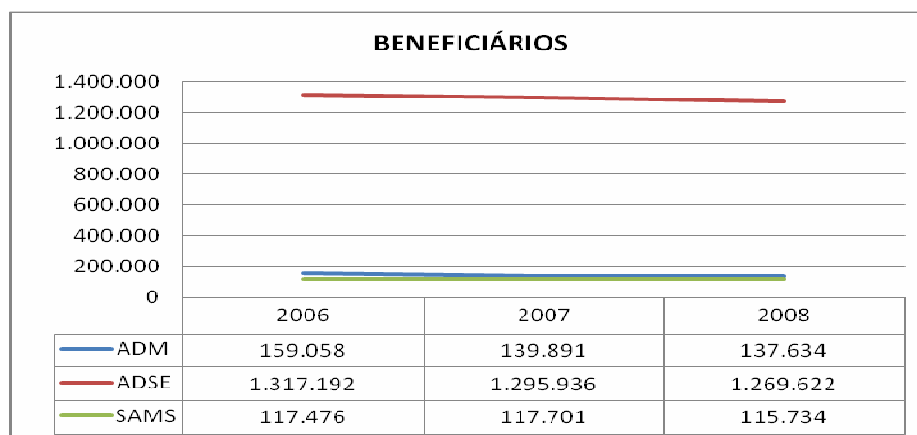
- Trabalhadores no activo: com uma verba correspondente a 1,5 % da sua remuneração (incluindo o subsídio de férias e o subsídio de Natal);
- Trabalhadores na situação de doença prolongada, invalidez ou invalidez presumível: com uma verba correspondente a 1,5 % das respectivas prestações e das diuturnidades que lhes competirem;
- Titulares das pensões de sobrevivência: com uma verba correspondente a 1,5 % das pensões recebidas.

#### **e. Aspectos Estatísticos**

Relativamente ao universo do número de beneficiários, constata-se que ADSE é, por larga maioria, o subsistema que possui um maior número de beneficiários (1.269.622). Em segundo lugar surge a ADM com 137.634 beneficiários em 2008, e por último o SAMS com 115.734 beneficiários. De realçar que nestes números se incluem os beneficiários titulares (no activo e aposentados) e os beneficiários familiares ou equiparados.

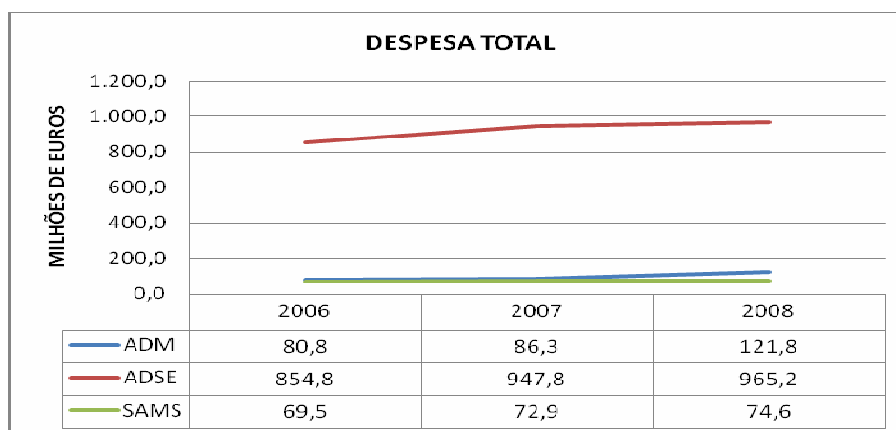
Constata-se ainda que nestes universos, todos os subsistemas viram o seu número de beneficiários decrescer do ano de 2007 para 2008. A ADSE teve um decréscimo de,

cerca de, 2%, enquanto os outros subsistemas perderam cerca de 1,6% dos seus beneficiários.



**Gráfico 1 – Evolução do número de beneficiários**

O Gráfico 1 sintetiza a evolução deste universo entre os anos de 2006 e 2008. Relativamente aos encargos dos subsistemas, estes incluem os valores entregues às entidades do Regime Convencionado com que os subsistemas têm acordos e aos quais comparticipa a despesa dos beneficiários e, de igual modo, estão incluídos os encargos liquidados às farmácias na Assistência Medicamentosa e os valores entregues às entidades às quais os beneficiários recorreram ao abrigo do Regime Livre. Assim sendo apresenta-se no Gráfico 2 a evolução da despesa total dos três subsistemas desde 2006 até 2008.



**Gráfico 2 – Evolução da Despesa Total**

Mais uma vez a ADSE é o subsistema que possui o maior valor neste campo, dado o seu maior número de beneficiários, como vimos anteriormente. Em termos de evolução verifica-se um aumento da despesa total em todos os subsistemas. De salientar o aumento de cerca de 41% registado em 2008 na ADM, estando aqui incluídos pagamentos efectuados pelo IASFA referentes a comparticipações das ex-ADM's nos anos de 2005, 2006 e 2007. A ADSE e o SAMS apresentam aumentos de cerca de 1,8% e 2,8%, respectivamente.

No que diz respeito à distribuição geográfica dos beneficiários consideram-se os cinco distritos mais populosos, Lisboa, Porto, Setúbal, Coimbra e Santarém. Seleccionaram-se estes distritos porque representam cerca de 70% da população total e os restantes distritos possuem percentagens residuais não sendo significativos para análise. Observando o Gráfico 3 verifica-se que o distrito de Lisboa representa cerca de 30% do total de beneficiários, o distrito do Porto cerca de 20% e o distrito de Setúbal cerca de 10%. Esta amostra da distribuição geográfica dos beneficiários permite analisar a dimensão do Regime Convencionado abordada no Capítulo seguinte.

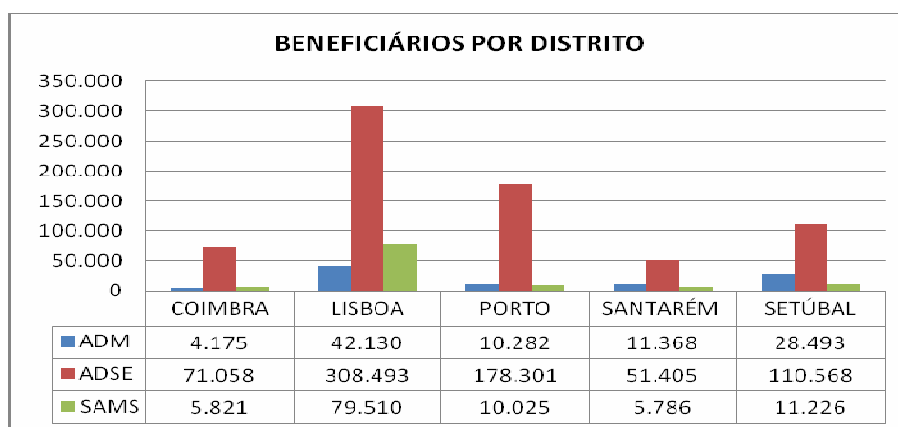


Gráfico 3 – Amostra da Distribuição Geográfica dos Beneficiários

### 3. Relação dos Beneficiários com os Subsistemas

Neste capítulo procedemos ao teste das hipóteses. Procurando expor os aspectos mais relevantes da ligação dos beneficiários aos subsistemas, através da análise do Regime Livre, do Regime Convencionado e da Assistência Medicamentosa.

#### a. Regime Livre

No Regime Livre os subsistemas comparticipam, directamente ao beneficiário, mediante a apresentação dos documentos originais (recibos e, se for o caso, respectivas prescrições médicas) devidamente discriminados (cuidado de saúde recebido) e identificados com o nome e n.º do beneficiário. A comparticipação é efectuada conforme percentagens e montantes fixados nas respectivas tabelas e regras dos subsistemas. Neste regime, os beneficiários exercem o direito da livre escolha dos prestadores de cuidados de saúde, suportando a totalidade dos encargos, sendo posteriormente reembolsados pelo subsistema.

São, considerados cuidados comparticipáveis, os seguintes:

Cuidados Clínicos Hospitalares - prestados por estabelecimentos hospitalares oficiais, privados ou cooperativos;



Cuidados Clínicos - prestados por entidades de natureza não hospitalar:

- Profissionais da saúde do sector privado em nome singular
- Profissionais da saúde do sector privado em nome colectivo
- Serviços de saúde integrados no Serviço Nacional de Saúde (Hospitais, Centros de Saúde, Serviços de Atendimento Permanente);

Outros:

- Enfermagem;
- Tratamentos termais;
- Meios de correcção e compensação;
- Lares e Casas de Repouso;
- Apoio Domiciliário.

A comparação dos subsistemas no Regime Livre centrou-se nos indicadores dos cuidados prestados. Dado que as tabelas de comparticipação compilam um elevadíssimo número de cuidados de saúde, a que corresponde um valor máximo de comparticipação, podendo estar definidos limites de quantidade (actos médicos/tratamentos/sessões/aquisições) e de prazos ( período durante o qual se poderá realizar um determinado número de tratamentos/actos médicos/sessões/aquisições), estarem sujeitos a regras comuns e regras específicas, não é do âmbito deste trabalho, proceder a uma comparação total das tabelas. Assim essa comparação incidirá apenas em alguns desses cuidados, seleccionados com base naqueles que têm maior incidência no número de comparticipações, ou seja aqueles cuidados a que mais beneficiários recorrem.

### ***Estomatologia***

Descrição	Valor em Euros			Limite		
	ADSE	ADM	SAMS	ADSE	ADM	SAMS
Destartarização	16,00	16,00	25,70	2/ano	2/ano	2/ano
Exodontia	19,00	19,00	19,20	14/3anos	14/3anos	s/limite
Endodontia	34,18	34,18	36,70	14/3anos	14/3anos	s/limite
Radiografia Panorâmica	17,85	17,85	17,40	1/1ano	1/1ano	s/limite

**Tabela 1 – Quadro comparativo em Estomatologia**

Observa-se na Tabela 1 que o SAMS é o subsistema que concede maiores benefícios neste tipo de cuidados de saúde, enquanto a ADM e ADSE não registam diferenças na comparticipação.



### ***Radiodiagnóstico***

Salienta-se, neste campo, a Ressonância Magnética. O SAMS reembolsa 250 euros por acto, enquanto a ADSE e ADM apenas 162 euros. Nos outros actos deste tipo de cuidado a diferença entre valores é pouco significativa.

### ***Medicina Física e de Reabilitação***

Descrição	Valor em Euros			Limite		
	ADSE	ADM	SAMS	ADSE	ADM	SAMS
Raios infra-vermelhos	1,80	1,80	1,40	90/ano	90/ano	s/limite
Ultra-sons	2,70	2,70	1,50	90/ano	90/ano	s/limite
Massagem manual	3,60	3,60	2,10	90/ano	90/ano	s/limite
Hidromassagem	2,70	2,70	2,10	90/ano	90/ano	s/limite

**Tabela 2 – Quadro comparativo em Medicina Física e de Reabilitação**

Neste campo, observa-se que os subsistemas que concedem melhor comparticipação são a ADM e ADSE, mas salienta-se que o SAMS não impõe nenhum limite anual enquanto os outros o fazem.

### ***Consultas***

Descrição	Valor em Euros			Limite		
	ADSE	ADM	SAMS	ADSE	ADM	SAMS
Consulta Clínica Geral	20,45	20,45	32,00	s/limite	s/limite	6/ano
Consulta Estomatologia	15,86	15,86	20,00	8/ano	8/ano	2/ano

**Tabela 3 – Quadro comparativo em Consultas**

Relativamente às consultas observa-se que os valores de comparticipação são superiores no SAMS apesar da ADM e ADSE não estabelecerem limites anuais relativamente ao número de actos.

### ***Oftalmologia***

No que diz respeito a lentes o SAMS tem uma percentagem de comparticipação de 100% enquanto os outros subsistemas 80%. A ADM e ADSE não fazem distinção entre o tipo de lentes impondo como limite 51,33 euros e o SAMS varia esses limites desde os 22,50 euros até aos 95 euros diferenciando o tipo de lentes.

Comparando estes resultados desta observação com os resultados esperados da Hipótese 1:

- A ADM concede comparticipação superior aos beneficiários no Regime Livre.

Pode-se verificar a existência de diferença entre os resultados observados e os esperados na hipótese, e desta forma concluir que a Hipótese 1 não é confirmada.



## **b. Assistência Medicamentosa**

Até 1950 os esquemas de protecção da saúde/assistência social não incluem quaisquer benefícios relativos a medicamentos. Apenas nesta data se institucionaliza a assistência farmacêutica, como complemento à assistência médica já existente.

A comparticipação de medicamentos pelos subsistemas em encargos com a aquisição de produtos medicamentosos, processa-se desde que se verifiquem os seguintes requisitos:

- Constem da “Lista dos Medicamentos Comparticipados”, actualizada periodicamente pelo Infarmed;
- Tenham sido prescritos pelas entidades legalmente autorizadas para tal, nomeadamente, médicos e odontologistas;
- Sejam prescritos através do modelo normalizado de receita e de acordo com as regras definidas;
- Sejam adquiridos através das entidades legalmente autorizadas para o efeito.

Na ADSE e ADM a comparticipação no regime geral concretiza-se através de um sistema de escalões em que estes subsistemas pagam parte do preço do medicamento, estando o escalão de comparticipação de cada medicamento predeterminado e dependente da sua classificação farmacoterapêutica.

Segundo o número 1 do Artigo 2º - Escalões de comparticipação, do Decreto-Lei nº 129/2005 de 11 de Agosto de 2005, a comparticipação dos medicamentos é fixada de acordo com os seguintes escalões:

- a) Escalão A - a comparticipação é de 95% do preço de venda;
- b) Escalão B - a comparticipação do Estado é de 70% do preço de venda;
- c) Escalão C - a comparticipação do Estado é de 40% do preço de venda;
- d) Escalão D – a comparticipação do Estado é de 20% do preço de venda.

A organização do sistema é feita numa perspectiva em que os medicamentos destinados a patologias mais incapacitantes ou crónicas terão classificações que permitirão comparticipações mais elevadas. Como exemplo podemos referir as insulinas e os anti-diabéticos orais no escalão A, os antibióticos no escalão B, os anti-inflamatórios no escalão C.

Dependendo do escalão pelo qual o medicamento é comparticipado o utente, no acto de aquisição na farmácia, apenas paga o valor remanescente do preço do medicamento.



Para além da comparticipação através do regime geral, há situações especiais, relacionadas com determinadas doenças ou medicamentos particulares em que se justifica a criação de um regime Especial de Comparticipação, não abordada nesta investigação.

Há medicamentos que pelas suas características ou por se destinarem a patologias pouco graves, não são susceptíveis de serem comparticipados (caso dos medicamentos classificados como medicamentos não sujeitos a receita médica).

No SAMS e segundo o Artigo 24º do Regulamento da Prestação de Serviços de Saúde a Beneficiários, a comparticipação é de 90% do total da despesa de acordo com as regras do SNS e 100% quando este atribua igual comparticipação.

O indicador a analisar da assistência medicamentosa é a percentagem de comparticipação no preço dos medicamentos.

Da observação realizada, e exceptuando o disposto no N° 2 do Artigo 4º da Portaria 1396 de 2007 que regulamenta a assistência aos militares colocados no estrangeiro e dita que a assistência medicamentosa se comparticipa a 100% para os beneficiários titulares e a 80% para os familiares, podemos concluir que o subsistema que concede comparticipação superior na assistência medicamentosa é o SAMS.

Comparando estes resultados da observação com os resultados esperados da Hipótese 2:

- A ADM concede comparticipação superior aos beneficiários na Assistência Medicamentosa.

Pode-se verificar que existe diferença entre os resultados observados e os esperados na hipótese, e portanto concluir que a Hipótese 2 não é confirmada.

Como resposta à primeira questão derivada, vemos que, claramente a ADM não é o subsistema que concede comparticipações superiores. Analisando o Regime Livre e a Assistência Medicamentosa observamos que esse subsistema é inequivocamente o SAMS.

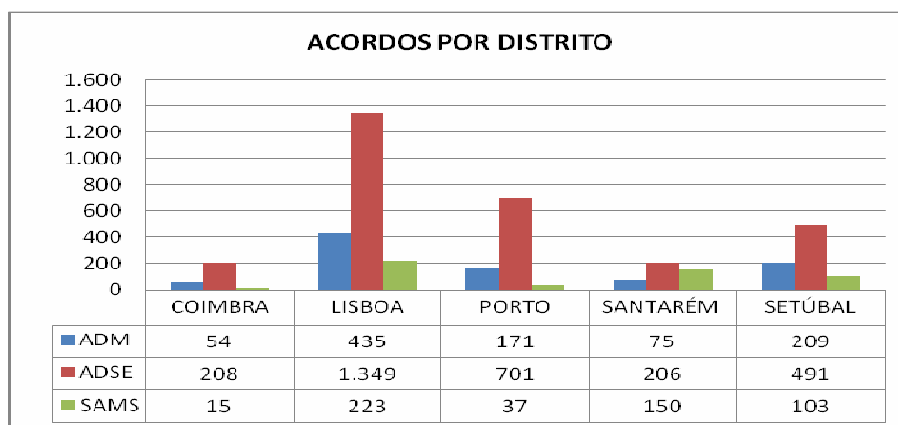
### **c. Regime Convencionado**

Na dimensão do Regime Convencionado, analisamos o número de acordos por distrito. De notar que esta é uma dimensão da maior importância, tanto para os beneficiários, como para o subsistema, isto porque permite aos beneficiários pagar apenas a sua parte da despesa, poupando tempo no seu ressarcimento e ao subsistema possibilita economizar recursos em todo o processo de comparticipação da despesa.

Entende-se, pois, por Regime Convencionado, o sistema de acesso a cuidados de saúde em que o beneficiário recorre a médicos e entidades (não integradas no SNS) com os quais o subsistema tem acordos. Ou seja, que, ao abrigo de um contrato (convenção),

prestam determinados cuidados de saúde aos beneficiários do subsistema, cobrando valores previamente definidos e compilados numa tabela. Essa tabela reúne a totalidade dos cuidados de saúde disponíveis no regime convencionado, definindo, para cada um deles, quais as importâncias fixadas, respectivamente, como encargo do beneficiário e do subsistema. Assim sendo, no acesso a cuidados de saúde prestados por estas entidades, o beneficiário do subsistema paga directamente ao prestador a parte do custo fixado na respectiva tabela. A parte restante é, por sua vez, assegurada pelo subsistema em função do acordo estabelecido com o prestador do cuidado de saúde. O recurso a um médico ou entidade com acordo com o subsistema garante, por conseguinte, que o beneficiário “recebe” de imediato a comparticipação a que tem direito, ao contrário do que acontece no regime livre, em que primeiro tem de suportar a totalidade dos custos, aguardando depois a comparticipação do subsistema.

Para se analisar o Regime Convencionado utilizou-se o número de acordos por distrito. Assim a comparação baseou-se nos cinco distritos mais representativos em número de beneficiários. Realça-se que existe uma proporcionalidade directa em cada distrito entre o número de beneficiários e os acordos existentes.



**Gráfico 4 – Amostra da Distribuição Geográfica dos Acordos**

A análise efectuada revelou que a ADSE é o subsistema que possui maior número de acordos por distrito, seguido da ADM e SAMS, por esta ordem.

Comparando estes resultados da observação com os resultados esperados da Hipótese 2:

- A ADM disponibiliza um maior número de acordos aos beneficiários no Regime Convencionado.

Pode-se verificar que existe diferença entre os resultados observados e os esperados na hipótese, e desta forma concluir que a Hipótese 3 não é confirmada.



Respondendo á segunda questão derivada verificamos que o subsistema que mais acordos disponibiliza aos seus beneficiários é claramente a ADSE e não a ADM.

#### **d. Tempo médio de comparticipação**

Neste aspecto procedemos à análise do tempo que decorre entre a chegada dos documentos comparticipáveis aos serviços processadores dos subsistemas e a efectiva liquidação dessa despesa aos beneficiários. Note-se que apenas se tiveram em consideração as comparticipações do Regime Livre, já que nas do Regime Convencionado e nas da Assistência Medicamentosa essas são directas no acto, como atrás foi exposto.

No que respeita à ADM esse período de tempo varia, em média, entre um e dois meses. Na ADSE entre um mês a um mês e meio. E no SAMS varia entre 3 a 5 dias<sup>6</sup>.

Comparando estes resultados com os esperados na hipótese 4:

- A ADM possui o menor tempo médio de comparticipação no Regime Livre. Vemos que existe uma diferença positiva entre os resultados observados e os esperados, não se confirmando a hipótese.

Respondendo á terceira questão derivada verificamos que o subsistema que menor tempo de comparticipação possui é claramente, e por grande margem de diferença, o SAMS, obtendo a ADM o pior registo.

Neste capítulo, respondeu-se às perguntas derivadas e testaram-se as hipóteses, o que nos permite agora responder á pergunta de partida.

Como resposta à pergunta de partida, observou-se claramente que a ADM não é o subsistema que concede benefícios superiores. Contrariamente, e tendo em conta os aspectos analisados, é o que concede menores benefícios aos seus titulares, apesar da tentativa de equiparar a ADM à ADSE preconizada aquando da fusão dos três subsistemas de saúde militares existentes anteriormente.

### **Conclusões**

A profunda alteração política determinada pela Revolução de 25 de Abril de 1974 teve imediatos e profundos reflexos também no sector da saúde. Depois de criado o SNS, assistiu-se então a um crescimento exponencial da procura de cuidados, fundamentalmente como consequência do alargamento da cobertura da população portuguesa. Através do acesso directo e gratuito aos serviços públicos de saúde, ou através da assumpção dos encargos com a saúde por terceiros pagadores ou subsistemas.

---

<sup>6</sup> Tópicos de entrevistas (Sra. Júlia Correia-SAMS, Sra. Ana Paula-ADM e Divisão de Relações Públicas-ADSE)



Os subsistemas incluem todas as coberturas de cuidados de saúde autónomas que dispunham de uma organização global que inclua a sustentabilidade financeira do subsistema e a prestação de cuidados através de estruturas próprias ou contratadas, públicas ou privadas. Estando nestas circunstâncias a ADM, a ADSE e os SAMS.

Em 2005 o Decreto – Lei nº 167, de 23 de Setembro que estabeleceu um novo regime jurídico da Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM), fundindo os três subsistemas específicos de cada um dos ramos (Assistência na Doença aos Militares da Armada – ADMA; Assistência na Doença aos Militares do Exército – ADME e Assistência na Doença aos Militares da Força Aérea – ADMFA).

Neste contexto, a investigação realizada pretendeu demonstrar eventuais diferenças na assistência na doença entre a ADM e outros subsistemas de saúde públicos/privados (ADSE - Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado e SAMS - Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários).

Em termos de evolução dos subsistemas, vemos que a ADSE é o mais antigo, tendo sido criado em 1963, sendo seu objectivo inicial colmatar a desigualdade dos funcionários públicos em relação aos trabalhadores do sector privado.

Os primórdios da assistência aos militares surgiu com o Decreto-Lei n.º 176/71, de 30 de Abril, que promulgou o Estatuto do Oficial do Exército, veio consagrar o direito a benefícios no sector da assistência sanitária aos oficiais do Exército. Sendo em 1973 estendida a todos os militares dos quadros permanentes. Mas a ADM, tal como a analisamos, surge em 2005 com o Decreto-Lei nº 167/2005, de 23 de Setembro, que unificou a assistência na doença aos militares das Forças Armadas, até então efectuada por três subsistemas de saúde específicos de cada um dos ramos (Assistência na Doença aos Militares do Exército, Assistência na Doença aos Militares da Armada e Assistência na Doença aos Militares da Força Aérea), num único subsistema sujeito a um regime paralelo ao da ADSE.

A génese do SAMS, propriamente dita, surge em 1 de Janeiro 1976, possibilitando a expansão e diversificação da sua actividade, associadas à necessidade de complementar a gama de serviços, até aí circunscritos a consultas médicas, tratamentos de estomatologia e enfermagem que já existiam previamente a cargo das instituições de crédito.

Considerando os beneficiários, vimos que relativamente ao seu número total em 2008, a ADSE é, por larga maioria, o subsistema que possui um maior número de beneficiários (1.269.622). Seguidamente surge a ADM com 137.634 beneficiários, e por último o SAMS com 115.734 beneficiários. De realçar que nestes números se incluem os



beneficiários titulares (no activo e aposentados) e os beneficiários familiares ou equiparados. Verifica-se, ao nível da sua distribuição geográfica que o distrito de Lisboa representa cerca de 30% do total de beneficiários, o distrito do Porto cerca de 20% e o distrito de Setúbal cerca de 10%.

Neste contexto consideram-se beneficiários titulares da ADM os militares dos quadros permanentes nas situações de activo, de reserva e de reforma, bem como os militares em regime de contrato ou de voluntariado, o pessoal militarizado da Marinha e do Exército nos termos estabelecidos para os militares dos quadros permanentes e ainda os alunos dos estabelecimentos de ensino militares que frequentem cursos de formação para ingresso nos quadros permanentes e seus familiares e unidos de facto nos termos da lei.

São beneficiários titulares da ADSE os funcionários e agentes da Administração Central (excepto os elementos das Forças Armadas e das Forças de Segurança, bem como alguns grupos profissionais do Ministério da Justiça, que usufruem de subsistemas próprios), das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira e da Administração Local, no activo ou na situação de aposentados, bem como os seus familiares e unidos de facto nos termos da lei.

Relativamente ao SAMS são considerados beneficiários titulares dos SAMS os trabalhadores no activo e na situação de reforma inscritos no Sindicato dos Bancários nos termos do Instrumento de Regulamentação Colectiva de Trabalho que lhes é aplicado. Como beneficiários familiares dos SAMS são considerados os elementos do agregado familiar dos beneficiários titulares, atrás referidos, nos termos da legislação aplicável.

A investigação comparativa dos três subsistemas fez-se segundo a óptica do beneficiário, ou seja, de quem usufrui do subsistema e de que forma se processa essa relação. Analisamos os três aspectos mais relevantes da ligação do beneficiário ao subsistema, através do Regime Livre, Regime Convencionado e Assistência Medicamentosa. Não foi objecto desta investigação a assistência hospitalar, dada a sua complexidade.

No que diz respeito ao Regime Livre, os subsistemas comparticipam, directamente ao beneficiário. A comparticipação é efectuada conforme percentagens e montantes fixados nas respectivas tabelas e regras dos subsistemas. A comparação dos subsistemas incidiu apenas em alguns cuidados, seleccionados com base naqueles que têm maior incidência no número de comparticipações, ou seja aqueles cuidados a que mais beneficiários recorrem. Observando-se que o SAMS são o subsistemas que disponibilizam comparticipações com maior percentagem. No que diz respeito ao tempo médio de





comparticipação que é o tempo que decorre entre a chegada dos documentos comparticipáveis aos serviços processadores dos subsistemas e a efectiva liquidação dessa despesa aos beneficiários é também o SAMS que comparticipa de forma, significativamente mais rápida no Regime Livre.

Considerando a assistência medicamentosa a ADM e ADSE a comparticipação concretiza-se através de um sistema de escalões em que pagam parte do preço do medicamento, estando o escalão de comparticipação de cada medicamento predeterminado e dependente da sua classificação farmacoterapêutica, variando essa comparticipação de 95% no escalão superior até 20 % no escalão inferior. No SAMS, a comparticipação é de 90% do total da despesa de acordo com as regras do SNS e 100% quando este atribua igual comparticipação, não existindo escalões.

No Regime Convencionado é o sistema de acesso a cuidados de saúde em que o beneficiário recorre a médicos e entidades (não integradas no SNS) com os quais o subsistema tem acordos. O recurso a um médico ou entidade com acordo com o subsistema garante, por conseguinte, que o beneficiário “recebe” de imediato a comparticipação a que tem direito, ao contrário do que acontece no regime livre, em que primeiro tem de suportar a totalidade dos custos, aguardando depois a comparticipação do subsistema. Para se analisar o Regime Convencionado utilizou-se o número de acordos por distrito. Assim a comparação baseou-se nos cinco distritos mais representativos em número de beneficiários (Lisboa, Porto, Setúbal, Coimbra e Santarém). Realça-se que existe uma proporcionalidade directa em cada distrito entre o número de beneficiários e os acordos existentes. A análise efectuada revelou que ao ADSE é o subsistemas que possui maior número de acordos por distrito, seguido da ADM e SAMS, por esta ordem.

A investigação permitiu um conhecimento mais aprofundado e actualizado sobre as diferenças essenciais na assistência na doença aos seus beneficiários por parte dos subsistemas, revelando-nos que o subsistema SAMS é o que maiores benefícios, disponibiliza aos seus beneficiários. Concedendo maior percentagem de comparticipação no Regime Livre e na Assistência Medicamentosa. Registrando também um tempo médio de comparticipação substancialmente inferior aos outros subsistemas analisados.

Por tudo isto podemos concluir que, dos três subsistemas analisados, a ADM é considerado o que piores benefícios concede. Observa-se ainda que apesar do Decreto-Lei nº 167/2005, de 23 de Setembro que unificou a assistência na doença aos militares das Forças Armadas num único subsistema pretender um regime paralelo ao da ADSE, a ADM





tem nesta altura pior assistência em, relação aquele, nomeadamente, no Regime Convencionado onde disponibiliza um número muito inferior de acordos.

Tecem-se, por fim, algumas recomendações ao MDN/IASFA no sentido de melhorar o serviço prestado pela ADM:

- A celebração de acordos com entidades prestadoras de cuidados deve visar a racionalização da aquisição de bens e serviços de saúde, a redução dos respectivos custos relativamente ao regime livre e por outro lado deve equiparar o número de acordos e convenções á ADSE no contexto da necessidade de fazer convergir a ADM ao regime geral da assistência na doença aos servidores civis do Estado, efectuada no âmbito da Direcção -Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE).

- O IASFA em coordenação com as Unidades militares deve operacionalizar o sistema de processamento e verificação dos documentos de despesa do Regime Livre de modo a que o tempo médio de participação aos beneficiários da ADM seja substancialmente reduzido.

Em suma, e constatando as diferenças existentes entre a ADM e os outros subsistemas de saúde e apesar do objectivo de convergência com a ADSE, revelam-se-nos desequilíbrios relativamente ao desempenho, à equidade, eficiência, e capacidade de resposta ficando aquém do que seria de esperar.

Um subsistema de saúde mais eficiente, mais justo, mais flexível, orientado para o beneficiário militar. É aquilo que desejamos, para o presente e para o futuro.



## **Bibliografia**

### **Livros**

- Quivy, Raymond, Campenhoudt, LucVan (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. 2ª Edição, Lisboa: Gradiva

### **Publicações**

- Jornal O Bancário 116, 15 de Dezembro de 2009

### **Legislação**

- Lei n.º 56/79, de 5 de Setembro. Diário da República n.º 214, I Série, p. 2357-2363. Assembleia da República. Lisboa.
- Lei n.º 11/89 de 1 de Junho. Diário da República n.º 125, I Série, p. 2096-2097. Assembleia da República. Lisboa.
- Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. Diário da República n.º 195, I Série, p. 3452-3458. Assembleia da República. Lisboa.
- Lei n.º 53-D/2006, de 29 de Dezembro. Diário da República n.º 249, I Série, p. 8626-(391). Lisboa.
- Lei n.º 64-A/2008, de 31 de Dezembro. Diário da República n.º 252, I Série, p. 9300. Assembleia da República. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 45002, de 27 de Abril de 1963. Diário do Governo n.º 100, I Série p. 429 a 431. Ministério das Finanças. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 45688, de 27 de Abril de 1964. Diário do Governo n.º 100, I Série p. 588 a 591. Ministérios das Finanças e da Saúde e Assistência. Lisboa.



- Decreto-Lei nº 176/71, de 30 de Abril. Diário da República nº 101, I Série, p. 602-604. Ministério do Exército. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 585/73, de 06 de Novembro. Diário da República nº 259, I Série, p. 2120-(1)-2120(3). Defesa Nacional. Gabinete do Ministro. Lisboa.
- Decreto-lei n.º476/80, de 15 Outubro. Diário da República nº 127, I Série. Ministério das Finanças e do Plano. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 115/83, de 24 de Fevereiro. Diário da República nº 45, I Série., p. 597-600. Ministério das Finanças e do Plano. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de Fevereiro. Diário da República nº 46, I Série., p. 631-642. Ministério das Finanças e do Plano. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 327/85, de 8 de Agosto. Diário da República nº 181, I Série., p. 2467. Ministério das Finanças e do Plano. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 321/88, de 22 de Setembro. Diário da República nº 220, I Série., p. 3896-3898. Ministério da Educação. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro. Diário da República nº 12, I Série-A, p. 129-134. Assembleia da República. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 236/99 , de 25 de Junho. Diário da República nº 146, I Série-A, p. 3792-3841. Defesa Nacional. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 234/2003 de 27 de Setembro. Diário da República nº 224, I Série-A, p. 6329-6329. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 129/2005 de 11de Agosto de 2005. Diário da República nº 154, I Série-A, p. 4631-4636. Ministério da Saúde. Lisboa.



- Decreto-Lei nº 167/2005, de 23 de Setembro. Diário da República nº 184, I Série-A, p. 5694-5697. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 234/2005 , de 30 de Dezembro. Diário da República nº 250, I Série-A, p. 7400-7412. Lisboa.
- Portaria nº 67/75, de 04 de Fevereiro. Diário da República nº 29, I Série, p. 156-(2). Conselho dos Chefes dos Estados-maiores das Forças Armadas. Lisboa.
- Portaria nº 182/2005, de 15 de Fevereiro. Diário da República nº 32, I Série-B, p. 1116-1117. Ministério da Defesa Nacional. Lisboa.
- Portaria n.º 701/2006, de 13 de Julho. Diário da República nº 134, I Série, p. 4883. Assembleia da República. Lisboa.
- Portaria nº 284/2007, de 12 de Março. Diário da República nº 50, II Série, p. 6521-6524. Ministério da Defesa Nacional. Lisboa.
- Portaria nº 1393/2007, de 25 de Outubro. Diário da República nº 206, I Série, p. 7865-7867. Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Defesa Nacional. Lisboa.
- Portaria nº 1394/2007, de 25 de Outubro. Diário da República nº 206, I Série, p. 7867. Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Defesa Nacional. Lisboa.
- Portaria nº 1395/2007, de 25 de Outubro. Diário da República nº 206, I Série, p. 7867-7868. Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Defesa Nacional. Lisboa.
- Portaria nº 1396/2007, de 25 de Outubro. Diário da República nº 206, I Série, p. 7868-7869. Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Defesa Nacional. Lisboa.

### **Outros**

- Regras na aplicação das tabelas de comparticipação. Regime de Livre Escolha. IASFA.



- Tabelas do Regime Livre. Despacho nº 8738/2004. Gabinete do Secretário de Estado do Orçamento. (Diário da República n.º 103, II Série, de 03 de Maio de 2004).

- Regulamento da Prestação de Serviços de Saúde a Beneficiários. Conselhos Gerais dos Sindicatos dos Bancários do Centro, do Norte e do Sul e Ilhas, de 19 de Novembro de 2003.

### **Internet**

ADM. Assistência na doença aos militares das Forças Armadas. [referência de 5 de Novembro de 2009]. Disponível na Internet em: <http://adm.defesa.pt/>

ADSE. Assistência na Doença aos Servidores civis do Estado. [referência de 10 de Novembro de 2009]. Disponível na Internet em: <http://www.adse.pt/>

SAMS. Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários. [referência de 8 de Dezembro de 2009]. Disponível na Internet em: <http://www.sams.pt/sams/sams.asp?temaId=77&root=SAMS>

INFARMED. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. [referência de 25 de Janeiro de 2010]. Disponível na Internet em: <http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED>

**Anexo A – Entrevistas Realizadas**

<i>Entidade</i>	<i>Função</i>	<i>Assuntos abordados na entrevista</i>
DR. Rui Mendes Riso	- Presidente do Conselho de Gerência do SAMS	- Enquadramento Legal e Histórico; Aspectos Estatísticos; -Beneficiários; -Financiamento
Sra. Júlia Correia	- Chefe do Serviço de Comparticipações do SAMS	- Assistência Medicamentosa; - Regime de Livre Escolha; - Regime Convencionado; - Tempo médio de participação.
Sra. Ana Paula	- Verificadora das comparticipações da ADM do IASFA	- Assistência Medicamentosa; - Regime Convencionado; -Beneficiários.
SAJ Domingos Castro	- Chefe da Secção de Atendimento da ADM na Base do Lumiar	- Tempo médio de participação - Regime de Livre Escolha;
Divisão de Relações Públicas da ADSE	- Relações Públicas	- Enquadramento Legal e Histórico; Aspectos Estatísticos; -Beneficiários; -Financiamento; - Assistência Medicamentosa; - Regime de Livre Escolha; - Regime Convencionado; - Tempo médio de participação.



### **Anexo B – Modelo Conceptual**

<b>Conceito</b>	<b>Variáveis/Componentes</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Regime Livre</b>	Comparticipação	-Percentagem de Participação - Número máximo de Participações por ano - Tempo médio de Participação
<b>Regime Convencionado</b>	Acordos	-Número de Acordos por Distrito
<b>Assistência Medicamentosa</b>	Comparticipação	-Percentagem de Participação